PERİOSTEAL (JUKSTAKORTİKAL) KONDROM (+)

Dr. N. Engin AYDIN (x)
Dr. Fikri ÖZTOP (xx)
Dr. A. Rıza TÜRKÖZ (xxx)

ÖZET:

1952 yılında ilk kez daha çok el ve ayak kemiklerini tutan bir tümör olarak tanımlanışından bu yana, değişik kemik lokalizasyonları ve malignite özellikleri taşıyabilen histolojik görünümleriyle periosteal kondromlar kemik tümörleri arasında önemli bir yer taşımaktadır. 34 yaşında bir kadın hastada sağ el beşinci parmak orta falanksında izlediğimiz bir periosteal kondrom sunulmakta ve bu tümörlerin klinik, radyolojik, patolojik özelliklerine değinilmektedir.

GİRİŞ

Kondromlar sıklıkla el ve ayak kemiklerini tutan ve çoğunluğu diafiz merkezinde yerleşen tümörlerdir, bu nedenle enkondrom olarak adlandırılırlar (2,3, 8,9). Kondromlar seyrek olarak periosteal veya jukstakortikal bölgede ortaya çıkabilirler. Mayo klinikde mevcut 7.000'den fazla primer kemik tümöründen 46 tanesi periosteal kondrom'dur (6). Schajowicz'in arşivinde'de 16 tane olduğu bildirilmiştir. Bu kondromların histolojilerinde hücreden zengin bir yapı, mikzoid alanlar, dolgun nukleusa sahip yer, yer binükleer yapıda, pleomorfik hücrelerin bulunabileceği ve malignite yönünde değerlendirilmemesi gerektiği belirtilmektedir (1-9). Bu nedenle seyrek görülmelerine karşılık önem taşıyan lezyonlardır.

Olgumuz:

34 yaşındaki kadın hasta sağ el beşinci parmak orta falanksına uyan bölgede ağrılı bir kitle nedeniyle kliniğe başvurmuştu. Yaklaşık 4x4x2 cm boyutla-

---

(+) 7. Ulusal Patoloji Kongerisi, 14-16 Mayıs 1986 İstanbul, Serbest Bildiri olarak sunulmuştur.

(x) Atatürk Üniv. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı, ERZURUM
(xx) Ege Üniv. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı, İZMİR
(xxx) Uşak Devlet Hastanesi Ortapedi Kliniği, UŞAK

rında düzgün yüzeyli fuziform nodül şeklinde bir kitlenin yaklaşık 7-8 yılda yavaşca büyüyerek bu görünümü aldığı, zaman zaman ağrıdığı öğrenildi. Çekilen röntgen grafilerinde sağ el beşinci parmak orta falanks çevresinde yumuşak doku yoğunluğunda artma ve ufak, güç farkedilebilen opasitelerin kitle ortasında bulunduğu izlendi (Resim 1). Bunun üst ve iç korteks yüzeyinde hafif yeniklikle birlikte çanaklaşma oluşturduğu dikkati çekti. Sistem incelemelerinde bir bozukluk tespit edilmeyen hastaya beşinci parmak metatars kaidesinden amputasyon yapıldı.

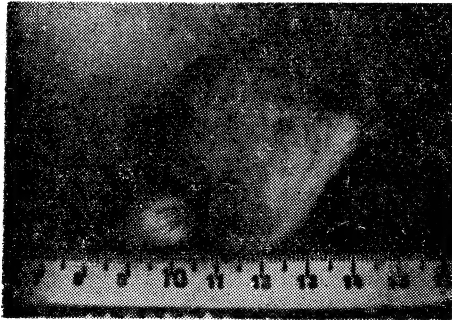


Resim 1- Kitlenin radyolojik görünümü

Patolojik bulgular:

Makroskopi: Laboratuara gelen amputasyon materyeli 10 cm uzunluğunda, her üç falanks ve metatarsı bulunduran, yüzeyi düzgün deri ile örtülü, distal uçtan 1.5 cm içerde 4x4x2 cm'lik fuziform bir kitlenin bulunduğu, boyuna kesitinde orta falanks üst yüzeyinde sınırı belli olmayan ve falanksı çepeçevre saran mavi-beyaz, lobuler özellikte, orta sertlikte, deri ile yapışıklık göstermeyen tümör dokusunu içermekteydi, (Resim 2 ve 3).

Gerek tümör gerekse komşu kemikle ilişkili alanlardan mikroskopi için örnekler alındı.



Resim 2- Amputasyon materyeli ve kitle izlenmekte.



Resim 3- Boyuna kesitte tümör dokusunun üst kortikal yüzeyle ilişkisi izlenmekte.

Mikroskopi: Kesitlerde periferde periosteal bağ dokusu ile çevrili kondroid yapıya sahip tümöral doku belirgin bağ dokusu bölmelerle lobulasyon göstermekteydi. Genelde diferansiye kondrositler tek nukleuslu, gruplar oluşturur tarzda yer almaktaydı. Bu yapı yer, yer selüler ve multifokal mikzoid özellik yanısıra gerek periostla çevrili periferde gerekse tümör matriksi içinde ufak odaksal kemikleşme alanları taşımaktaydı. Kemik korteksi ile komşuluk gösteren kesitlerde ise belirgin bir hudut bulunduğu permeasyon olmadığı görüldü.

TARTIŞMA

Periosteal kondrom ilk kez 1952 yılında Lichtenstein ve Hall tarafından kortikal kemik yüzeyindeki periost'dan kaynaklanan ve en sık el ve ayaklarda ufak kemikleri tutan benign bir kondroid tümör olarak tanımlanmıştır (5). Daha sonra Jaffe aynı tür lezyonlara jukstakortikal kondrom deyimini kullanarak bir grup hasta daha bildirmiştir. Günümüzde ise genelde tercih edilen adlandırma periosteal kondrom şeklindedir (1,6,7).

Bu tip tümörler ortalama 1-3 cm büyüklükte, genellikle 20-30 yaş gruplarındaki genç erişkinlerde veya daha genç yaşlarda, erkeklerde daha sık olmak üzere izlenmektedir (1,2,3,6,8). Ağrılı şişlik veya kitle belirtileri verebilen veya bir rastlantı olarak çekilen röntgen grafilerinde bulunabilen lezyonlardır. Bu klinik özellikleriyle birlikte radyolojik olarakta kortikal bölgede, yumuşak dokuya doğru gelişip buradada kitle oluşturabilen, kemik kortekse komşu ufak kalsifikasyonlarla, sklerotik bir tabanda kortikal konkavite içine oturan görüntü verirler (1-9,11).

Periosteal kondromlar seyrek olarak izlenen tümörlerdir. 1970 yılına dek bildirilmiş toplam hasta sayısı 20 kadarken (9), 1983 yılında bu sayı 60 hastaya ulaşmış, (1), son yıllardaki geniş hasta gruplarını kapsayan serilerle daha iyi tanımlanabilir hale gelmiştir (1,6). Bu geniş serilerde ortaya çıkan bulgular, yerleşim yerinin daha çok femur alt ve üst uçu, ve humerus üst uçu olduğunu göstermek-

tedir. Klinik ve röntgen bulguları genellikle benign bir lezyon yönündeysede histolojisi sıklıkla hücreden zengin yapı, mikzoid alanlar, binükleer ve pleomorfik hücreler gibi özellikler taşıyabilmektedir (1-3,6,8,9,11).

Bu nedenle, yaş grubu, lezyonun yerleşme yeri ve büyüklüğü yanısıra röntgen bulgularıda histolojik görünümle birlikte göz önünde tutulmalıdır. Bu özelliklerin değerlendirilmesine ilaveten periosteal kondrosarkomlarda yumuşak doku invazyonu, ve kemik permeasyonunun gösterilebilmesi ayırıcı tanıda yardımcıdır (1,6).

Kemik permeasyonunu göstermede komputerize tomografi ve sintigrafidende yararlanılmaktadır (1).

Literatürde jukstakortikal kondrosarkom olarak adlandırılmış, ve kondroid yapının egemen olduğu, lobullerin periferinde iğsi hücreler ve merkezde kemikleşmeye sahip lezyonlarında periosteal osteosarkom olarak değerlendirildiğini terminolojiye açıklık getirme amacıyla belirtmek istiyoruz (1,6,10). Bu lezyonlar periosteal kondroid tümörlerden ayrı, kendine özgü klinik, radyolojik ve patolojik özelliklere sahiptirler.

Hastamızda bulunan özellikler periosteal kondrom tanısı ile uyumludur. Lezyon büyüklüğü alışılagelmişin üst hududundaysada gerek röntgen bulguları, gerekse histolojisinde bu yerleşimdeki kondroid tümörlerde izlenebilenden daha ağır bir görünümün olmayışı bizi periosteal kondrom tanısına yöneltmiştir. Hasta cerrahi girişimden bu yana izlenebildiği 2 yıldan fazla süredir sağlıklı olarak yaşamını sürdürmektedir.

SUMMARY

Periosteal (juxtacortical) chondroma.

Since their first description in 1952 *as a tumor predominantly affecting the bones of hands and feet, periosteal chondromas have attained an important place among bone tumors with their variable locations and malignant appearing histological features. A thirtyfour year old female patient with a periosteal chondroma located on the middle phalanx of the right fifth finger is presented and the features of these tumors are discussed.*

KAYNAKLAR

1. Boriani, S., Bacchini, P., Bertoni, F., Campanacci, M.: Periosteal chondroma, a review of twenty cases. J Bone Joint Surg 65-A: 205-212, 1983.
2. Dahlin, D.C.: Bone tumors; General Aspects and Data on 6.221 cases 3 rd ed. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1978.

3. Huvos, A.G.: Bone tumors, Diagnosis, Treatment and Prognosis, W.B. Saunders Co., 1979 p. 160-162.

4. Jaffe, H.L.: Juxtacortical chondroma. Bull Hosp Joint Dis 17: 20-29, 1956.

5. Lichtenstein, L., Hall, J.E.: Periosteal chondroma, a distinctive benign cartilage tumor. J. Bone Joint Surg 34- A: 691-697, 1952.

6. Najima, T., Unni, K.K., McLeod, R.A., Pritchard, D.J.: Periosteal chondroma and periosteal chondrosarcoma. Am J Surg Path 9: 666-677, 1985.

7. Pazzaglia, U.E., Ceciliani, L.: Periosteal chondroma of the humerus leading to shortening. J Bone Joint Surg 67-B: 290-292, 1985.

8. Schajowicz, F.: Tumors and Tumor like Lesions of Bone and Joints, p. 115-117, Springer Verlag, New York, Heidelberg, Berlin, 1981.

9. Spjut, H.J., Dorfman, H.D., Fechner, R.E., Ackerman, L.V.: Tumors of Bone and Cartilage, Atlas of Tumor Pathology, Second series, Fasc. 5, p. 70-73 , Washington, D.C., Armed Forces Institute of Pathology, 1971.

10. Unni, K.K., Dahlin, D.C., Beabout, J.W.: Periosteal osteogenic sarcoma, Cancer 37: 2476-2485, 1976.

11. Wheolhouse, W.W., Griffin, P.P.: Periosteal chondroma, South Med J 75: 1003-1006, 1982.